

年 月 日

三重県知事 様

住 所

氏 名

令和 7 年度三重県薬剤師奨学金返還支援事業助成候補者認定申請書

下記のとおり助成候補者の認定を受けたいので、三重県薬剤師奨学金返還支援事業における助成候補者認定要領第 4 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	住 所	【現住所】 〒
		【連絡先：帰省先など現住所以外に連絡が可能な住所があれば】 〒
	(ふ り が な) 氏 名	()
	性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	メー ル ア ド レ ス	
	電 話 番 号	
状況 (在学・卒業予定 申込時)	名 称	大学 学部 学科
	所 在 地	
	学 年 ・ 卒 業 予 定 年 度	年 (()年度卒業予定)
奨学金	名 称	
	借 入 予 定 金 額	総額_____円 ※5 年次から 2 年間分を記載。
他の返還支援制度の 検 討 状 況		(例：就職を希望する〇〇病院での奨学金返還支援制度の利用を検討中など)

